

重要事項説明書

(介護予防訪問介護サービス)

1. 訪問介護事業所 せせらぎの里 の概要

事業所名	訪問介護事業所 せせらぎの里
所在地	岐阜県恵那市長島町永田519番2
電話番号	0573-25-7117
FAX番号	0573-25-8510
介護保険事業所番号	2171700871

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする
運営の方針	介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようなサービスを提供する

3. 職員体制と職務内容

職名	員数	常勤・非常勤	職務内容
管理者	1	常勤専従1名	職員と業務の管理、基準遵守のための指揮命令
サービス提供責任者	1	常勤専従1名	サービス申込みの調整、訪問介護計画の作成と説明、訪問介護員の技術指導、訪問介護員のサービス内容の管理、サービス提供状況の管理
訪問介護員	14	非常勤専従14名	サービスの提供

4. 営業日・営業時間、サービスの提供日・提供時間

事務所の営業日	月曜日～日曜日
事業所営業時間	7:00～20:00 24時間連絡可能体制になっています。

*事務所が開いている日と時間帯は上表のとおりですが、サービスの提供曜日と提供時間は下表のとおりです

サービス提供日・提供時間				
	通常の時間帯	早朝	夜間	深夜
	8:00～18:00	6:00～8:00	18:00～22:00	22:00～6:00
全日	○	25%増	25%増	25%増

*サービスを提供する時間帯で料金が異なります。

5. 通常の事業の実施地域

恵那市 の地域

上記の市町村以外であってもサービスの提供は可能です。ただし、その場合は下記7に記載の交通費を申し受けます。

6. サービスの内容

身 体 介 護	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助	入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などをします。
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
	体位変換	体位の変換を行います。
	通院介助	通院の介助を行います。
生 活 援 助	買い物	ご契約者の日常生活に必要な買い物を行います。（預貯金の引き出しや預け入れは行いません）
	調理	ご契約者の食事の用意を行います。
	掃除	ご契約者のお部屋の掃除を行います。 （せせらぎの里ご契約者様の居室以外の居室、ご自宅の庭等の敷地の掃除は行いません）
	洗濯	ご契約者の洗濯を行います。
<介護保険のサービスでは、次の行為はできませんのであらかじめご了承ください> 医療行為、ご家族のための洗濯・調理・買い物・布団干し、ご家族の個室の掃除、来客応接（お茶や食事の手配）、洗車、草むしりや植木の剪定、ペットの世話、家具の移動や模様替え、大掃除、ガラスふき、ワックスがけ、家屋の修理、正月や節句などの特別な料理など。（疑問の点はその都度おたずねください）		

7. 利用料金

介護保険を利用する場合は、原則として基本料金の1割です。

尚、平成27年8月1日より負担割合が2割になられた方については、基本料金の2割が利用料金となります。

ただし、介護保険の給付の限度額を超えた部分にかかるサービスまたは介護保険対象外のサービスは全額自己負担になります。

【介護保険基本料金】（介護予防訪問介護費）

料金表は負担割合1割の場合です。

	利用料金	お客様負担額 (1割の場合)
要支援1・2 週1回程度 I	11,680円	1,168円
要支援1・2 週2回程度 II	23,350円	2,335円
要支援2 週3回以上 III	37,040円	3,704円

*やむを得ない事情があり、かつ、お客様の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金になります。

*お客様がまだ要介護認定を受けていない場合や、要介護認定を受けた後に1年以上保険料

を滞納している等の場合は、基本料金の全額を一旦お支払いいただきます。この場合お客様は、当事業所が発行する「サービス提供証明書」を添えて居住地の市町村に保険給付の申請を行うこととなります（償還払い。）

【その他の費用】

交通費	外出介助に直接関係しない身体介護及び生活援助の場合で、お客様の居宅が5に定める通常の事業の実施地域以外の場合は下記のとおり。 ① 事業所から往復おおむね15km未満 無料 ② 事業所から往復おおむね15km以上25km未満 300円 ③ 事業所から往復おおむね25km以上 500円	
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、ご連絡いただく時間によりキャンセル料を申し受けます。 ただし、お客様の急な病変、急な入院等の場合には請求いたしません。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12時間前までにご連絡がない場合	基本料金の10%
介護保険対象外サービス料	実費	
サービス提供の際にお客様宅で使用する電気・ガス・水道の費用	お客様の負担となります。	

【請求とお支払いの方法】

請求	①利用料その他の費用は、月ごとに請求いたします。 ②請求書は利用月の翌月10日に発行させていただきます。
支払い	①お客様に居宅介護支援事業所からあらかじめ交付されているサービス利用票と、請求明細書を照合のうえ、請求月の27日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。 ア 当事業所指定の口座に振り込み イ お客様の口座から自動引き落とし ウ 現金支払い ②お支払いを確認しましたら医療費控除の対象となる額を明らかにした領収証を発行しますので、大切に保管してください。 ③お支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず30日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解約させていただいたうえで未払い分をお支払いいただくこととなります。

8. サービスの利用方法等

利用申込み	<p>電話または来所のうえお申し込みください。</p> <p>居宅介護支援事業所に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談ください。</p> <p>本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、お客様の同意を得た上で、契約を締結します。</p>
サービスの終了	<p>① お客様のご都合でサービスの終了を希望する場合は、希望する日の7日前までにお申し出ください。</p> <p>② 人員不足等やむを得ない事情により、サービスを終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知させていただきます。</p> <p>③ 自動終了</p> <p>次の場合は、双方の通知がなくとも自動的に終了になります。</p> <p>ア お客様が介護保険施設に入所した場合</p> <p>イ お客様の要介護認定区分が「非該当（自立）」となった場合</p> <p>ウ お客様が亡くなられた場合</p> <p>④ その他</p> <p>ア 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、お客様の個人情報のみだりに漏洩した場合、お客様やご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了できます。</p> <p>イ サービス料金のお支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず30日以内にお支払いいただけない場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただく場合があります。</p> <p>ウ お客様やご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい背信行為を行った場合には、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただく場合があります。</p>

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、お客様の主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員（ケアマネジャー）等に連絡いたします。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償いたします。なお、当事業所は損害保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

11. サービス内容等に関する苦情・相談について

サービスの内容等に苦情・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

①	当事業所の窓口	電話番号 0573-25-7117 相談担当者：牧野 受付時間 9時00分～17時00分
②	居宅介護支援事業所の窓口	お客様が契約を結んでいる居宅介護支援事業所になります
③	公的団体の窓口	岐阜県国民健康保険団体連合会4階 介護保険課苦情相談係 〒500-8385 岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館内 苦情処理専用番号：058-275-9826
④	市町村の窓口	お客様がお住まいの市町村の介護保険担当部署になります

<当事業所と契約の際は、説明の事実を証するため下記に記名押印してください>

説明日 平成 年 月 日 説明者 印

上記の内容について「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令第37号)」第8条の規定に基づき、説明を行いました。

所在地 岐阜県恵那市長島町永田519番2

事業所 事業所名 訪問介護事業所 せせらぎの里

管理者 印

上記の内容について説明を受けました。

お客様 住所
氏名 印

家族
(代理人) 住所
氏名 印